

LA ENTREVISTA CLÍNICA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX

Lorenzo Arribas Mir

Médico de Familia. Centro de Salud Universitario de La Chana. Granada.
Profesor Asoc. Dept. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada

En el proceso de atención para la prevención del cáncer de cérvix, los contactos entre personal sanitario y usuarios, revisten una singular importancia. No podemos olvidar que actuamos para prevenir, detectar, y/o diagnosticar una **neoplasia**, y que la palabra cáncer preside todo el proceso. En general, tratamos con personas **sanas**. Cuando la lesión es detectada y/o diagnosticada, la mayoría de las veces las mujeres se encuentran **asintomáticas**. Tratar con sanos tiene sus matices, y con los enfermos, según estén asintomáticos o no, también los tiene. Además existe una **carga emocional**, derivada de las preocupaciones ante cualquier prueba alterada, que aquí puede ser un cáncer, una infección de transmisión sexual, o un simple frotis inflamatorio.

La **información previa** a las pruebas es clave. A veces es difícil cuando se cita mediante cartas y llamadas. En un cribado oportunista depende mucho del tiempo de que disponga el médico y de su actitud. Pero las mujeres deben de saber que se les va a hacer y porqué. La elaboración de hojas informativas, para que las lean antes de la consulta ayuda mucho a que reciban una información de calidad y mas uniforme, y facilita mucho la entrevista clínica y el desarrollo de las exploraciones. No es muy habitual¹. ¿Habrá que plantearse realizar un consentimiento informado?²

Durante la consulta, la más mínima duda, cualquier imprecisión, un mal gesto, pueden ser interpretados por los usuarios como que "algo no va bien". Y de fondo, siempre el cáncer. El trato que dispensemos es muy importante para conseguir adherencia al cribado. Un ambiente agradable, un trato acogedor, una cabina donde desvestirse con intimidad y comodidad, una exploración cuidadosa, en presencia siempre de otra mujer, un lenguaje asequible, harán que las mujeres acepten mejor las próximas exploraciones, que en los próximos años acudan a las citas, y que pongan en marcha el "boca a boca", recomendando las pruebas a otras mujeres reticentes.

La **anamnesis para valorar riesgos**, especialmente la historia sexual, puede suponer una situación muy conflictiva y estresante, cuyo alcance rebasa las paredes de la consulta, y puede tener una trascendencia desastrosa en las futuras relaciones de las parejas. Invade la intimidad innecesariamente, consume un tiempo, y es de fiabilidad mas que dudosa³. Puede que suponga mas una barrera al cribado que un dato importante. La mayoría de los médicos de familia conocen a sus pacientes y no les pasa inadvertida esa minoría de mujeres de alto riesgo, prostitutas, inmunodeficientes, mujeres con lesiones previas, que requieren un

seguimiento especial. La búsqueda sistemática mediante anamnesis de parejas con una biografía de múltiples parejas, o de promiscuidad actual, evidentes factores de riesgo, debería reconsiderarse y tal vez abandonarse, considerando de riesgo a toda la población que mantiene relaciones.

La **comunicación de los resultados** requiere un circuito ágil y cuidadoso. El teléfono y el correo electrónico o postal pueden servir para comunicar resultados normales, pero cuando hay alteraciones significativas en las pruebas, en general, es mejor comunicarlo en consulta para que la mujer pueda hacer las preguntas que desee y aclararle sus dudas.

La **terminología** a veces es muy inquietante. Decirle a una mujer que tiene un ASCUS requiere unos minutos y una buena explicación, sobre todo para que no deje de hacerse un nueva citología en el plazo que le indiquemos. Debemos explicar los términos aunque no se nos demande la aclaración. Hay términos "inescrutables".

Una infección de **transmisión sexual** (ITS) requiere un exquisito cuidado en la forma y el contenido de la información. Tras informar, simplemente, que la infección por el VPH es una ITS, hay parejas que pueden entrar en crisis y llegar a romperse. Hay poco conocimiento en la población sobre el VPH. Sin embargo, si añadimos que la infección por VPH es muy frecuente, explicando su historia natural, su carácter asintomático, sus años de latencia, podemos reducir el estigma ITS y los sentimientos de vergüenza y la ansiedad de las mujeres ⁴, que vivirán de una manera mas normalizada la infección ⁵.

Los profesionales tenemos **déficit en nuevos conocimientos**. La vacuna, los test de captura de híbridos, las novedades que están llegando, nos enfrentarán a nuevos retos en consulta, a peticiones que pueden no estar ajustadas a las evidencias o a las nuevas estrategias que se establezcan de cribado. ¿Doctor, quiero vacunarme?. ¿Cuanto protege?. ¿Cuánto dura su efecto?. ¿Si me vacuno no necesito cribado?. ¿En lugar o además de la citología, hágame la prueba del virus?. ¿Prefiero autotoma?. ¿Precaución en las relaciones tras un test VPH +?. Que los profesionales estén preparados es esencial. No todos serán expertos. No todo está claro. Quizás vamos demasiado deprisa.

También tenemos **déficit en entrevista clínica**. Rápidamente sabemos definir el término "SIL", pero nos cuesta definir el término "empatía". ¿Mejoraremos con los nuevos "test VPH", sin mejorar en "comunicación"?. Cambiamos "tratamientos" y no tanto "creencias" erróneas. Deberíamos revisar la formación en entrevista clínica ⁶, una importante herramienta de trabajo, que en cáncer de cervix puede ser muy valiosa. El reto es disponer de los conocimientos y comunicarnos adecuadamente con las personas, en un modelo mas bidireccional, implicándolas mas en la toma de decisiones⁷.

Bibliografía

¹ Garbers S, Chiasson MA. Inadequate functional health literacy in Spanish as a barrier to cervical cancer screening among immigrant Latinas in New York City. Prev Chronic Dis [serial online] 2004 Oct [date cited]. 1 (4):1-10. Available from: URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/oct/03_0038.htm.

² Chew-Graham C, Mole E, Evans L-J, Rogers A. Informed consent?. How do primary care professionals prepare women for cervical smears: A qualitative study. Patient Educ Couns 2006;61:381-8.

³ Tideman RL, Chen MY, Pitts MK, Ginige S, Slaney M, Fairley CK. A randomised controlled trial comparing computer-assisted with face-to-face sexual history taking in a clinical setting. *Sex Transm Infect*. Published online first: 10 november 2006. doi: 10.1136/sti.2006.020776

⁴ Friedman AL, Sheppard H. Exploring the knowledge, attitudes, belief and communication preferences of the general public regarding HPV: Findings from CDC Focus Group Research and implications for practice. *Health Educ Behav Online First*, published on September 22, 2006 as doi: 10.1177/1090198106292022

⁵ Waller J, Marlow LA, Wardle J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sex Transm Infect*. Published Online First: 10 November 2006. doi: 10.1136/sti.2006.023333

⁶ Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. SEMFYC Ediciones. Barcelona 2004.

⁷ Collins S, Drew P, Watt I, Entwistle V, "Unilateral" and "bilateral" practitioner approaches in decision-making about treatment. *Soc Sci Med* 2005; 61:2611-27.